

reasoning for their refusal. This paper has practice implications. There is no doubt that effective communication is an important skill for all health professionals. On the basis of the results of this study it is important to carry out studies to determine whether teaching of communication skills addressed to pharmacists enables them to communicate more effectively and confidently. It should also be evaluated whether a teaching program could lead to a reduction in antibiotics sold in pharmacies in areas where over-the-counter sale of antibiotics is still permitted.

### Funding body and role

The Catalan Society of Family Medicine funded this work. The funder had no involvement in the design and conduct of the study.

### Conflict of interest

There are no conflicts of interest to declare.

### Acknowledgement

We wish to thank the actors who participated in this study for their valuable contribution to the field work of this study.

### References

1. Hawkey PM. Action against antibiotic resistance; no time to lose. *Lancet*. 1998;351:1298–9.
2. Goossens H, Ferech M, Stichele RV, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365:579–87.
3. Llor C, Cots JM. The sale of antibiotics without prescription in pharmacies in Catalonia, Spain. *Clin Infect Dis*. 2009;48:1345–9.
4. Greenhill N, Anderson C, Avery A, Pilnick A. Analysis of pharmacist-patient communication using the Calgary-Cambridge guide. *Patient Educ Couns*. 2011;83:423–31.
5. Hargie OD, Morrow NC, Woodman C. Pharmacists' evaluation of key communication skills in practice. *Patient Educ Couns*. 2000;39:61–70.

Carles Llor<sup>a,\*</sup>, Josep Maria Cots<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Primary Healthcare Centre Jaume I, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain

<sup>b</sup> Primary Healthcare Centre La Marina, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

\*Corresponding author.

E-mail address: [carles.llor@urv.cat](mailto:carles.llor@urv.cat) (C. Llor).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.004>

## Evidencias disponibles sobre las propiedades médicas del calzado tipo Masai

### Available evidence on the medical properties of Masai type footwear

#### Las Masai en duda

La consulta de atención primaria, como primer nivel asistencial, permite la detección precoz de conductas inadecuadas en relación con la salud, así como problemas que aparecen por actividades o usos que inicialmente se suponen saludables y que pueden no serlo.

La reciente observación en nuestro centro de 3 pacientes con tendinitis y dolores de extremidades inferiores, que tenían en común el uso de unas populares zapatillas de suela redondeada, nos ha llevado a revisar las evidencias existentes.

Las llamadas Masai (shape-ups, toning shoes) son unas deportivas con suela especial que fueron inventadas en 1990 por Karl Muller, un biomecánico suizo. Pretenden cambiar la manera en que una persona camina, reforzando grupos musculares diferentes a los habituales, como al caminar descalzo (como los Masai). Además, al crear inestabilidad postural, forzarían a los músculos a hacer un esfuerzo mayor y los fabricantes dijeron que favorecerían la pérdida de peso,

mejoraban la postura y daban un mayor tono muscular de extremidades inferiores y nalgas. En 1996 se inició su comercialización en Suiza, extendiéndose rápidamente a todo el mundo<sup>1</sup>.

Uno de los principales fabricantes, Skechers, decidió pagar recientemente 40 millones de dólares en reclamaciones a consumidores por el contencioso que tiene la marca con la Comisión Federal de Comercio de Estados Unidos, y así no continuar con el proceso judicial que tenía en marcha por supuesta publicidad engañosa. El acuerdo prohíbe que en sus anuncios vuelva a mencionar que su calzado favorece el fortalecimiento muscular, la pérdida de peso o cualquier otro beneficio relacionado con la salud o el estado físico<sup>2</sup>. Este acuerdo judicial llega después del acordado en el 2011 con Reebok que aceptó pagar 25 millones de dólares en reembolsos a sus clientes<sup>3</sup>.

En un estudio del año 2010, con amplia repercusión en Estados Unidos, financiado por The American Council of Exercise (ACE) y realizado por la Universidad de Wisconsin La Crosse, se compararon entre 2 grupos de 12 mujeres cada uno de edades entre 19 y 27 años, uno con calzado deportivo y otro con calzado tipo shape-ups. Valoraron el consumo de oxígeno, la frecuencia cardíaca, el consumo energético, el cansancio percibido y la actividad muscular en 6 grupos musculares diferentes. No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos en ninguno de los parámetros<sup>4</sup>.

En la literatura científica encontramos diversos estudios, siempre con grupos muy reducidos de pacientes. En el estu-

dio más numeroso, de 123 sujetos, se valora la reducción del dolor para sujetos artrósicos, sin establecerse diferencias significativas entre los 2 grupos<sup>5</sup>.

Hay estudios en los que se valoran cargas articulares, cinética y cinemática, activación muscular, variabilidad del movimiento, actividad extensora muscular, postura del pie y presión plantar, pero cuentan con un número muy reducido de pacientes.

No existe constancia de si este calzado pudiera favorecer algún tipo de lesión muscular o caídas, aunque en Estados Unidos, en la base de datos de consumo, de la Consumer Product Safety Commission, aparecen 326 incidentes relacionados con este tipo de calzado<sup>6</sup>. La mayoría son lesiones menores como tendinitis y algias musculares, pero hay algunos casos de fracturas por caídas y lesiones articulares.

Actualmente, el fabricante recomienda su uso inicialmente en paseos cortos, incluyendo, en algunos casos, un CD de consejos, pero no se incluye información sobre las posibles lesiones que se podrían sufrir al cambiar la manera de caminar. Las personas de mayor edad o con lesiones preexistentes podrían tener mayor riesgo de lesiones.

Todo lo expuesto nos hace plantearnos que deberíamos tener en cuenta la posible implicación de este tipo de calzado, de manera directa o indirecta, en el desarrollo de lesiones de extremidades inferiores y alertar respecto a un uso del mismo de manera más responsable.

## Bibliografía

1. Hales L. A sneaker that shoos the fat? Washington Post, 28 de enero de 2006.
2. Federal Trade Commission (Internet). Washington DC: Federal Trade Commission; 16 de mayo de 2012. United States District

Court for the Northern District of Ohio Eastern Division. Federal Trade Commission v Skechers U.S.A., INC., d/b/a Skechers. (27). [consultado 28 Dic 2012] Disponible en: <http://www.ftc.gov/os/caselist/1023070/110928reebokorder.pdf>

3. Federal Trade Commission (Internet). Washington DC: Federal Trade Commission; 29 de septiembre de 2011. United States District Court for the Northern District of Ohio Eastern Division. Federal Trade Commission v Reebok International LTD., d/b/a Reebok (21). [consultado 28 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.ftc.gov/os/caselist/1023070/110928reebokorder.pdf>
4. Porcari J, Greany J, Tepper S, Edmonson B, Foster C. Will toning shoes really give you a better body? (Internet). San Diego: American Council of Exercise; 2010 [consultado 27 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.acefitness.org/getfit/studies/toningshoes072010.pdf>
5. Nigg BM, Emery C, Hiemstra LA. Unstable shoe construction and reduction of pain in osteoarthritis patients. *Med Sci Sports Exerc.* 2006;38:1701-8.
6. Saferproducts.gov (base de datos en internet). Bethesda: U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC); 2010 [consultado 29 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.saferproducts.gov>

José E. Romero Palmer\*, Patricia Lorente Montalvo y Ane Marie Pletea

*Medicina de Familia y Comunitaria, Centre de Salut Calvià, Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut), Santa Ponça, Mallorca, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josep.romero@ibsalut.es](mailto:josep.romero@ibsalut.es) (J.E. Romero Palmer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.015>

## Manejo urgente de la retención aguda de orina en hombres

### Emergency management of acute urinary retention in men

Sr. Director:

La retención aguda de orina (RAO) es la urgencia urológica más frecuente. Se estima que en 5 años, el 10% de hombres de 70 años y el 33% de 80 años tendrán un episodio de RAO<sup>1</sup>. Alrededor del 30% de episodios de RAO están precipitados por causas como estreñimiento, cáncer de próstata, estenosis uretral, postoperatorio, infecciones urinarias, ingesta excesiva de alcohol, urolitiasis, fármacos, etc., aunque en la mayoría no se identifica la causa y se asocia comúnmente a hiperplasia benigna de próstata (HBP)<sup>2</sup>. Debido a su inicio brusco e inesperado, es atendida en los servicios de urgencias, siendo improbable que se acuda directamente a urología<sup>3</sup>.

Ante todo paciente con RAO se debe realizar una anamnesis para detectar las causas y posibles factores

desencadenantes, una exploración física que incluya la palpación y percusión abdominal (descartar masa abdominal), examen del pene (fimosi, parafimosi, estenosis uretral), tacto rectal (fecalomas, próstata, tono del esfínter anal) y neurológica (descartar afectación central, periférica o lesión medular). Se debe incluir analítica (función renal, iones, orina y urocultivo)<sup>3</sup>. La determinación del antígeno prostático específico (PSA) no estaría indicada, ya que se incrementa debido a distensión de la vejiga y a la inserción de la sonda vesical<sup>4</sup>. La realización de pruebas de imagen, ecografía y/o tomografía axial computarizada, estarán indicadas en urgencias en casos de sepsis, fallo renal, masas y déficit neurológicos<sup>3</sup>.

El manejo inicial de la RAO es la descompresión de la vejiga mediante la cateterización uretral (CU) o suprapúbica (CS). La CS ha demostrado beneficios con respecto a la CU en algunos estudios considerándola como la vía de elección. Sin embargo, la CS es una técnica compleja para la que no todos los profesionales de urgencias están adecuadamente formados, y que puede tener serias complicaciones (perforación intestinal, peritonitis). La CU es el tratamiento de primera línea (preferida por el 80% de los urólogos), dejando la CS cuando no se consiga la CU<sup>1</sup>. La existencia de un kit